

Cancers du col restant après Hystérectomie subtotale

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 5 Janvier 1940

POUR OBTENIR LE TITRE DE
Docteur en Médecine

PAR

M. COLLIN Raymond

Né le 12 novembre 1914, à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

Diplômé d'Hygiène

et du Certificat d'aptitude à l'Inspection Médicale des Ecoles
et au Contrôle de l'Education Physique

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FROELICH, professeur.....	<i>Président</i>
MUTEL, professeur	} <i>Juges</i>
FLORENTIN, agrégé	
ROUSSEAUX, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses
parties de l'Enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE NANCÉIENNE - 15, RUE GUSTAVE-SIMON

1939

Cancers du col restant après Hystérectomie subtotale

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 5 Janvier 1940

POUR OBTENIR LE TITRE DE

Docteur en Médecine

PAR

M. COLLIN Raymond

Né le 12 novembre 1914, à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

Diplômé d'Hygiène

et du Certificat d'aptitude à l'Inspection Médicale des Ecoles
et au Contrôle de l'Éducation Physique

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FROELICH, professeur.....	<i>Président</i>
MUTEL, professeur	
FLORENTIN, agrégé	<i>Juges</i>
ROUSSEAUX, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE - 15, RUE GUSTAVE-SIMON

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, C *, I Q.

Professeurs honoraires : M. WEISS, O *, I Q;

BOUIN, O *, I Q; ANCEL, *, I Q; DUFOUR, *, I Q; HOCHÉ, O *, I Q;

FROELICH, *, I Q; LAMBERT, *, I Q; JACQUES, *, I Q; ANDRÉ, O *, I Q;

JEANDELIZE, *, I Q.

Professeurs

Clinique des mal. syph. et cutanées.....	M. L. SPILLMANN, C *, I Q.
Clinique obstétricale et Accouchem.....	M. A. FRUHNHOLZ, O *, I Q.
Histologie	M. R. COLLIN, O *, I Q.
Anatomie descriptive.....	M. L. LUCIEN, O *, I Q.
Clinique médicale.....	M. L. RICHON, *, I Q.
Chimie médicale.....	M. H. ROBERT, *, I Q.
Clinique médicale.....	M. M. PERRIN, *, I Q.
Hygiène et médecine sociales.....	M. J. PARISOT, C *, I Q, C. S. P..
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, *, I Q.
Physiologie	M. SANTENOISE, *, I Q, A Q.
Clinique des maladies des enfants.....	M. L. CAUSSADE, *, I Q.
Bactériologie et parasitologie méd.....	M. DE LAVERGNE, O *, I Q.
Pathologie générale et méd. expér.....	M. SIMONIN, I Q.
Clinique gynécologique	M. BINET, *, I Q.
Pathologie chirurgicale.....	M. BARTHÉLEMY, *, I Q.
Anatomie pathologique.....	M. WATRIN, *, I Q.
Hydrologie	M. L. MERKLEN, *, I Q.
Médecine légale	M. MUTEL, *, I Q.
Thérapeutique	M. DROUET, I Q.
Professeurs sans chaire.....	{ M. L. JOB *, I Q.
	{ M. G. LAMY, *, I Q.

Chargés de cours complémentaires

Clinique des maladies tuberculeuses.....	{ M. P. SIMONIN, I Q, prof.
	{ M. ABEL, *, I Q, agrégé.
Thérapeutique chirurg. et tech. opér.....	M. GUILLEMIN, *, I Q, C. S. P., agrég.
Clinique des maladies contagieuses.....	M. DE LAVERGNE, O *, I Q, prof.
Clinique des vieillards.....	M. DROUET, I Q, professeur.
Médecine opératoire.....	M. BARTHÉLEMY, *, I Q, professeur
Electrothérapie et radiologie.....	M. LAMY, *, I Q, C. S. P. sans chaire.
Accouchements (cours théorique).....	M. JOB, *, I Q, professeur sans chaire.
Obstétrique	M. VERMELIN, *, I Q, agrégé.
Clinique et propédeutique chirurg.....	M. CHALNOT, agrégé.
Clinique et propédeut. chir. infantile.....	M. BOBART, A Q, agrégé.
Clinique propédeutique médicale.....	M. KISSEL, agrégé.
Pathologie interne	M. ABEL, *, I Q, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. HAMEL, *, docteur.
Education physique (1).....	M. L. MERKLEN, *, I Q, professeur.
Clinique neurologique (1)	M. MICHON, Q, docteur.
Clinique O.-R.-L.....	M. AUBRIOT, Q, docteur.
Parasitologie	M. N...

Agrégés en exercice :

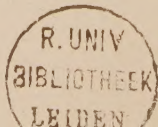
MM. FLORENTIN, A Q.	MM. WOLFF, A Q.	MM. ROUSSEAU.
BODART, A Q.	MELNOTTE, O *	HARTEMANN.
CHALNOT.	GRANDPIERRE.	THOMAS.
BEAU.	KISSEL.	
NEIMANN.	MICHON, Q.	

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, *, I Q; S. RÉMY, I Q; BUSQUET, I Q; ABEL, *, I Q.
GUILLEMIN, *, I Q, C.S.P; VERMELIN, *, I Q; M. E. TRIBOLET, I Q, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MA GRAND'MERE,

En témoignage de ma grande affection pour elle.

A MA MERE, A MON PERE,

dont la vie toute de travail et de sacrifices restera pour moi un vivant exemple. Puisse ce modeste ouvrage témoigner ma grande reconnaissance pour leur dévouement sans bornes et leur grand amour pour moi.

A MON FRERE, BIEN-AIMÉ.

A MA TANTE MARIA.

Je lui dédie ces quelques pages, bien faible témoignage de ma tendre affection et profonde reconnaissance pour tout ce qu'elle a fait pour moi.

MEIS ET AMICIS.

A mon Président de Thèse,

M. le Professeur FRÉLICH,
Professeur à la Clinique chirurgicale infantile,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES JUGES:

M. le Professeur MUTEL,
Professeur de Médecine légale,
Chevalier de la Légion d'honneur.

M. le Professeur Agrégé FLORENTIN,
Directeur du Centre anticancéreux,
chargé de cours d'Histologie.

M. le Professeur Agrégé ROUSSEAU,
Chargé de cours à la Clinique chirurgicale.

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE NANCY

Serment

Sur ma conscience, en présence de mes maîtres et de mes condisciples, je jure d'exercer la médecine suivant les lois de la morale et de l'honneur et de pratiquer scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades, mes confrères et la Société.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

**Cancers du col restant
après
Hystérectomie subtotale**



Avant-Propos

Avant de commencer, nous voulons exprimer notre profonde et respectueuse reconnaissance à notre Maître le Professeur agrégé Binet, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, qui nous a prodigué ses conseils pour l'élaboration de celle-ci et qui n'a pu, par suite des événements bouleversant actuellement le monde, la présider effectivement.

Notre Maître le professeur honoraire, agrégé Frœlich, a bien voulu nous guider dans la terminaison un peu hâtée de ce travail et en accepter la présidence. C'est pour nous un grand honneur. Qu'il veuille trouver ici l'expression de nos vifs remerciements et le témoignage de notre plus profond respect.

Introduction

Deux malades examinées au service de notre Maître, le professeur agrégé Binet, et pour lesquelles nous n'avons pu malheureusement retrouver les observations, nous ont fourni l'occasion de ce travail. Il nous a permis de faire un résumé d'ensemble sur la question à l'heure actuelle.

Le cancer du col restant après hystérectomie subtotale n'est pas un sujet neuf; il a souvent été rebattu comme en témoignent publications et thèses s'échelonnant au cours des années. Mais celles-ci n'ont toujours pas pu mettre d'accord les partisans des deux modes d'hystérectomie. Nous n'avons pas cette prétention. Nous allons essayer de faire une simple mise au point avec tous les éléments fournis par nos prédécesseurs et d'apporter par nos observations une légère contribution à l'étude de ce cancer si redoutable qu'il en vient à ce point paralyser les décisions des chirurgiens dans tous les cas d'exérèse des organes génitaux internes de la femme.

Cette dégénérescence du moignon, comme nous le verrons, semble atteindre depuis ces dernières années

un plus grand nombre de femmes hystérectomisées. Faut-il voir par là un dépistage clinique plus précis, plus scientifique ou ne s'agit-il que de la réalité ?

Nous essayerons de conclure après un rapide aperçu sur son historique, sa fréquence, ses nombreuses théories pathogéniques, ses formes anatomiques communes à tous les cancers, ses symptômes banaux et nous terminerons en envisageant les différents moyens de le prévenir et lorsqu'il sera inexorablement là les moyens bien faibles de le combattre victorieusement.

Historique

Les premières constatations de cancers du col restant après hystérectomie subtotale datent de la fin du dix-neuvième siècle.

Après un premier cas relaté par Chrobak en 1896, Péan, l'année suivante, au Congrès de Chirurgie, s'exprime en ces termes : « Quand la portion du col conservée était assez longue je la fixai par excès de prudence à l'angle inférieur de la plaie. Néanmoins je préfère ne pas conserver le col parce que je l'ai vu plusieurs fois devenir sarcomateux ou épithélial les années suivantes ». Par contre Bouilly, en 1899, dit : « La dégénérescence épithéliale tardive a été assez rarement observée pour qu'il n'y ait pas lieu de s'en préoccuper. Sur cent cas environ d'hystérectomie supravaginale opérés depuis 1887 par diverses méthodes, je ne l'ai jamais constatée ».

De 1900 à 1905, les rapports et les publications augmentent aussi bien en France avec Condamin, Vernet et Richelot, qu'à l'étranger avec Noble (Allemagne), Pestalozza (Italie), Grey Turner (Angleterre) ; sans pour cela mettre d'accord les partisans

des deux modes d'hystérectomie; le grand défenseur de l'hystérectomie subtotale étant J.-L. Faure, qui n'avait constaté que 1 % de cancer du col restant.

De 1905 à 1926, les cas deviennent de plus en plus nombreux. Le premier travail d'ensemble sur la question est réalisé en 1907 dans sa thèse par Lesobre, qui apportait trente et une observations. En 1926, Jeaneney et Chavannaz, à la Société de Chirurgie de Paris, estiment à quatre-vingt-six le nombre de cas publiés.

De 1926 à 1935, Sejournet en recueille trois cent quatre-vingt-cinq nouveaux. S. Laborde, en 1935, apporte de nombreuses statistiques et des rapports intéressants sur la fréquence de ce cancer.

Les cas s'accroissent davantage et chaque année voit de nouvelles publications par les chirurgiens et les centres anticancéreux. En avril 1937, Lefebvre et Gouzi présentent au sixième Congrès français de gynécologie un rapport dans lequel ils estiment à plus de huit cents cas le développement du cancer sur le moignon utérin.

Depuis 1937, nous avons retrouvé vingt-six cas de Cagliaferro (Milan), quatre de Ferrari (Alger), six de Mocquot dans la thèse de Pierre Banse (1938) et trois que nous rapportons dans celle-ci.

Les statistiques étant très incomplètes et les malades bien souvent trop rapidement perdues de vue, le chiffre total actuel de cancers du col restant de neuf cent cinquante est bien inférieur à la réalité semble-t-il.

Observations

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Professeur FRÉLICH)

A. M. H..., 48 ans, femme d'un médecin mort de tumeur du rein gauche à 45 ans, a eu six enfants dont l'aîné est mort de méningite tuberculeuse, la troisième de pleurésie suspecte. Un frère de cette dame a été atteint de tumeur blanche du coude actuellement guérie; un autre est mort d'une tumeur néoplasique (épithéliale) de la région du sacrum.

La mère de la malade est morte subitement après une première opération pour cancer du sein, alors qu'elle devait être opérée pour le deuxième sein.

A. M. H..., atteinte de fibrome de la matrice avec hémorragies peu importantes mais grosse masse abdominale, fut opérée à Nancy par le Professeur Michel, en juin 1933, par hystérectomie subtotale, col restant, à la clinique Bonsecours.

En juillet 1935, début d'hémorragies vaginales peu importantes. Au toucher: col érodé et dur. A la fin du mois, difficulté de respiration. A l'auscultation: obscurité de murmure respiratoire sur tout le poumon gauche, matité complète, quelques hémoptysies. On diagnostique métastases cancéreuses.

Le résultat de l'examen histologique d'un prélèvement fait au col utérin donne comme réponse: épithélioma pavimenteux.

La mort survint par asphyxie le 27 août 1935: deux ans et deux mois après l'hystérectomie subtotale.

OBSERVATION II (personnelle)

M^{me} M. B..., 49 ans, veuve, mari mort de pneumonie tuberculeuse en 1926 à 40 ans, a eu trois enfants, dont l'un est mort en bas âge, la cadette, à laquelle il manque une côte, actuellement bien portante, aurait suivi dans l'enfance des traitements spéciaux contre la tuberculose osseuse. L'aîné, actuellement âgé de 24 ans, présente une malformation du membre inférieur droit consistant en un pied bot varus équin avec important raccourcissement dû à une tumeur blanche du pied. Rien à signaler au point de vue antécédents héréditaires.

M. B..., atteinte de fibrome avec hémorragies importantes, est opérée en avril 1936 à Metz, dans une clinique privée, par hystérectomie subtotala.

En octobre 1938, deux ans et six mois après l'opération, elle présente des pertes fétides tachant le linge, verdâtres au début, puis par intermittence sanglantes, surtout le matin au lever. Ces pertes deviennent presque quotidiennes en même temps que l'état général de la malade s'altère: légère asthénie, perte de poids.

Une biopsie faite sur le col restant donne un résultat positif: épithélioma baso-cellulaire. Au toucher, col légèrement induré.

Commencant à subir un traitement curiethérapique, la malade a été perdue depuis de vue.

OBSERVATION III (Docteur KUHN)

M^{me} B..., 48 ans, entre à l'hôpital en juillet 1934 pour pertes rouges survenant depuis une dizaine de jours. En 1928, a subi une hystérectomie subtotala pour fibrome. Depuis cette intervention, n'a jamais eu de pertes. Il y a plusieurs mois (trois à quatre), elle a perdu un peu de sang et d'eau rousse. Ces pertes persistent depuis.

Examen: Néo du col à forme bourgeonnante très hypertrophique, avec envahissement des deux culs-de-sac. L'ensemble est

encore mobile sur le rectum et la vessie, mais la malade présente déjà des phénomènes de cystite avec envies fréquentes d'uriner. On pratique une biopsie. L'examen histologique répond : épithélioma pavimenteux stratifié du type intermédiaire.

Traitement : On pose trois tubes de radium de 10 mgr. pendant huit jours : un dans la cavité cervicale restante et les deux autres devant le col.

La malade meurt de récidive à la fin de l'année 1935, récidive portant uniquement sur le vagin et la vulve, sans qu'on n'ait rien pu noter du côté du rectum.

Rappel de deux observations non retrouvées

Les deux malades examinées au service du Professeur Binet avaient subi, trois ans auparavant, l'hystérectomie subtotale ; l'une, pour fibrome ; l'autre, pour salpingo-ovarite suppurée. Toutes deux venaient également consulter pour petites hémorragies vaginales. L'examen histologique d'une biopsie faite à la première était resté positif. Celui de l'autre était resté douteux.

Etiologie

Nous avons vu que la fréquence du cancer du col après hystérectomie subtotale s'avérait grande et que le chiffre présumé des cas existants s'élevait à neuf cent cinquante. Examinons maintenant :

I. — *Le nombre de cancers du col restant par rapport au cancer du col*: Ceci ne servant qu'à confirmer le nombre de C. C. R. observés.

Les centres anticancéreux français donnent les chiffres suivants :

298 C. C. R. pour 11.344 C. C., soit 2,62 %.

D'après le professeur Mocquot, ce pourcentage serait de 4,5 %.

Ces différences viennent d'un recrutement plus ou moins spécialisé des malades.

II. — *Le nombre de cancers du col restant après hystérectomie subtotale*:

Pearse, de Boston (1934), relève huit C. C. R. sur un total de huit cents subtotaux surveillées de cinq à vingt-cinq ans après l'opération, soit 1 %.

Lefebvre et Gouzi relèvent 115 C. C. R. sur un total de 22.165 subtotaux, soit 0,5 % ; mais un chirurgien revoit rarement plus de 30 % de ses opérés.

Depuis, Ferrari trouve un taux de 2 % sur deux cent treize cas et Mansini 2 % également, mais sur deux cents cas.

III. — *Les circonstances étiologiques:*

1° Délai d'apparition: intervalle libre.

C'est le temps qui sépare l'intervention initiale de la constatation du cancer. Il est généralement variable et on a l'habitude de classer les cancers du col restant d'après cet intervalle en :

a) Cancers précoces se développant au cours de la première année. Ce sont de faux cancers qui existaient déjà, du moins histologiquement, au moment de l'intervention.

Leur fréquence est assez grande :

Bonnal, 23 % ; Monod, 33 % ; Dor, 42 %.

b) Cancers tardifs apparus plus d'un an après l'hystérectomie. Ce sont des cancers vrais. Ils restent malgré tout les plus fréquents.

Les cas que nous rapportons représentent des cancers tardifs, vrais, apparus deux ans et un mois (observation I), deux ans et six mois (observation II), six ans (observation III) après la subtotale.

2° Affections ayant nécessité l'opération :

Très souvent le fibrome se trouve en cause :

Sur 249 cas (S. Laborde, Séjournet, During, Bonnal, Kretzchner), 149 fibromes, 58 salpingites, 15 kystes de l'ovaire, 12 épithéliomas du corps, 5 divers, 10 inconnus. Dans nos observations : 5 fibromes et une annexite.

Mais si le fibrome se trouve plus souvent à l'origine de l'opération qui a entraîné ultérieurement le développement du cancer sur le moignon, il faut dire que le fibrome est plus fréquent, que l'on pratique plus d'hystérectomies pour fibrome et que celui-ci survient à un âge plus avancé, donc plus près de l'âge du néo.

L'association fibrome et cancer serait la raison de beaucoup de cas précoces.

Etude Pathogénique

Les hypothèses cherchant à expliquer la cancérisation du moignon utérin sont nombreuses. Elles tendent presque toutes à incriminer la prédisposition par le col isolé.

Hypothèses. — 1° Le col restant après hystérectomie s'infecte facilement et par là prédispose au cancer (Vayssière).

2° L'hystérectomie est cause de perturbations vasculaires, nerveuses, vaso-motrices, qui modifient les conditions de vie du moignon et créent une prédisposition (S. Laborde).

Il y aurait hypersécrétion glandulaire pour Meriel.

Le col mal nourri serait un point de moindre résistance qui appellerait le cancer (Vayssière).

Le col par l'opération devient un tissu cicatriciel et le C. C. R. serait un cancer des cicatrices (Lumière, Rouchier et Walther).

3° L'hystérectomie peut avoir une influence par l'acte chirurgical qu'elle réalise : elle peut être un traumatisme favorisant dans un tissu inflammatoire

(Violet), elle peut donner un coup de fouet aux lésions cancéreuses déjà existantes (Gagey).

4° Le C. C. R. n'est qu'une simple coïncidence (S. Laborde).

5° La cervicité chronique érosive pourrait aboutir à des formations polypeuses et à des dégénérescences malignes.

Toutes ces théories ont une valeur et un intérêt relatifs, car nous ignorons tout des vrais facteurs cancérigènes. Ce qui est intéressant à noter et qui a rarement été remarqué, du moins dans l'étude du cancer qui nous intéresse, ce sont les antécédents pathologiques de la malade. Dans les observations que nous rapportons, une (observation I) est particulièrement impressionnante à ce point de vue. Nous y constatons une hérédité cancéreuse incontestable : la mère de la malade est morte d'un cancer du sein ayant récidivé, un frère de la malade est mort d'une tumeur épithéliale de la région du sacrum, la malade elle-même meurt de métastases cancéreuses pulmonaires consécutives à son néo du col restant.

Nous ne voulons pas rallumer les discussions sur l'hérédité du cancer. S'agit-il peut-être d'une coïncidence ? mais avouons qu'elle est bien troublante.

Indépendamment du cancer dans les antécédents, nous trouvons la tuberculose associée dans l'observation I et isolée dans l'observation II.

En résumé, non seulement l'intervention chirurgicale elle-même, en transformant l'anatomie de ce

nouveau petit bassin et les relations lymphatiques du col, représente une des causes de dégénérescence du moignon, mais encore les antécédents personnels et surtout héréditaires en constituent une autre non négligeable en prédisposant et en transformant le terrain sur lequel évoluera le cancer.

Etude Anatomo-Pathologique

D'après leur point de départ et leur propagation, on distingue différentes formes anatomiques du cancer du moignon :

I. — *Le cancer exocervical*: Prenant naissance sur la lèvre postérieure du museau de tanche au point de jonction des muqueuses vaginale et endocervicale (S. Laborde, Brocq, Gagey, Lecéne, etc...).

Il se présente sous trois formes :

La forme végétante;

La forme nodulaire;

La forme cancroïde.

Les deux premières formes se propagent en surface, « en tache d'huile » et atteignent rapidement les culs-de-sac vaginaux, les cloisons vésico et recto-vaginales, le paramètre. Elles sont d'un pronostic grave. La forme cancroïde présente une évolution tout d'abord lente, mais qui devient rapide après l'atteinte des culs-de-sac.

II. — *Le cancer endocervical*: A début endocervical, très dur, de consistance ligneuse avec canal largement ouvert, ulcéré et saignant ou obstrué de paquets de

bourgeons, se propage en profondeur. Après avoir envahi toute l'épaisseur du col puis dépassé, il pénètre bientôt le paramètre restant. Il est plus grave et plus rapide dans sa propagation que le précédent.

III. — *Le cancer de la tranche de section isthmique*: Est très grave et très insidieux, car souvent le col n'est pas encore ulcéré dans le vagin que tout le petit bassin est bloqué. Il est heureusement rare.

D'après cette classification :

Les cancers tardifs rentrent dans les catégories des exo ou endo-cervicaux ;

Les précoces peuvent être des endo-cervicaux méconnus ou des récidives soit endo-cervicales, soit de la tranche isthmique d'un néo du col méconnu.

Au point de vue histologique, les cancers tardifs sont pavimenteux dans 90 à 95 % des cas du type spino, baso-cellulaire ou intermédiaire. Les précoces sont plus souvent cylindriques.

Dans nos observations, ils sont tous pavimenteux.

Ces **classifications** sont purement théoriques. Cette différenciation macroscopique et microscopique garde cependant toute sa valeur diagnostique, mais perd beaucoup de son importance indicatrice en vue du mode de traitement à appliquer.

Il reste bien évident que les modifications de rapports des différents organes dans ce petit bassin dues à l'hystérectomie gardent toute leur importance dans

la genèse du cancer et dans sa propagation : « La suppression de l'utérus fait basculer la vessie en arrière et ce viscère adhère à la cicatrice. Le tissu cicatriciel rétractile qui comble le petit bassin modifie aussi les rapports avec le sigmoïde et le rectum. L'uretère est déplacé et masqué par la gangue scléreuse. Les adhérences sont nombreuses et le cancer se propage plus facilement aux divers organes, en particulier à la vessie ».

Etude Clinique

Les symptômes sont banaux et ressemblent en tous points à ceux du cancer du col. Au début, les signes sont souvent latents et peu marqués.

Le premier en date, en général, est l'HÉMORRAGIE caractérisée par des pertes rouges, d'abord peu abondantes, puis de plus en plus. Celles-ci alternent avec les pertes blanches qui les accompagnent ou parfois même les précèdent.

Les DOULEURS sont précoces et consistent tantôt dans une sensation de pesanteur, de corps étranger, tantôt dans des phénomènes de cystalgie. Elles sont souvent vives et irradiées dans les territoires nerveux du petit bassin.

En présence de tels symptômes, un examen physique complet et systématique doit être entrepris.

Les TOUCHERS VAGINAL ET RECTAL renseigneront sur la consistance, la mobilité du col et du moignon, l'envahissement des culs-de-sac, des ligaments utéro-sacrés, des paramètres, du petit bassin.

Au SPÉCULUM, nous découvrirons les diverses formes anatomiques précédemment étudiées.

La CYSTOSCOPIE s'efforcera de mettre en évidence l'état de la surface de la muqueuse et surtout celui de la sous-muqueuse.

La BIOPSIE complètera le diagnostic auquel conduisent ordinairement l'anamnèse et l'examen.

Le PRONOSTIC est très sérieux. Le C. C. R. évolue plus rapidement que le cancer ordinaire du col. Il est plus grave. Son envahissement est beaucoup plus rapide. Dans les formes avancées, la mort survient dans un délai de un à deux ans dans d'horribles souffrances après cachexie, complications locales, fistules vésico et recto-vaginales, infection urinaire, urémie ou souvent après complication intercurrente.

Le cancer de la tranche de section isthmique se caractérise par l'absence des hémorragies, l'intensité des douleurs pelviennes, rebelles et les signes de compression urinaire et rectale.

Etude Prophylactique

Elle comporte tous les moyens dont nous disposons pour dépister et prévenir le cancer avant, au moment et après toute hystérectomie. Mais ces moyens sont-ils efficaces, sont-ils moins graves que l'affection qu'ils veulent éviter ?

Nous avons vu que plus du tiers des C. C. R., survenant très précocement, étaient de très mauvais cancers, très souvent méconnus au moment de l'intervention. Il faudra donc s'attacher à diminuer ce gros coefficient par tous les examens possibles.

LE CANCER DU COL peut survenir à tous les âges. On le recherchera par les pertes rouges, le toucher et le spéculum. On se rappellera que toute ulcération métrique est tenue pour suspecte surtout si elle saigne facilement. On précisera le diagnostic par :

L'épreuve du test de Schiller ;

La biopsie ;

L'exploration endo-cervicale soit par l'hystérocopie, soit par l'hystéromètre, qui introduit avec précaution dans la cavité endo-cervicale fait saigner facilement le cancer muqueux.

En cas de doute, ces différentes épreuves devront être répétées.

Le CANCER DU CORPS n'est pas toujours un cancer postménopausique. Il ne faut pas se hâter, en présence d'un gros utérus qui saigne avant, pendant ou après la ménopause, de porter le diagnostic d'utérus fibromateux, de métrite hémorragique, de polype sous-muqueux, « un fibrome dont les hémorragies s'étalent, s'accroissent, s'égalisent, deviennent quotidiennes, est suspect de cancer ».

Le polype sera toujours suspect, car sa base d'implantation peut dégénérer. L'examen clinique sera toujours complété par les épreuves suivantes dont les dangers sont évitables et qui sont entrées désormais dans la pratique :

L'hystéroscopie :

L'hystérographie lipiodolée,

qui permettent de localiser la zone suspecte sur laquelle doit porter :

Le curettage explorateur aux fins de biopsie.

Au cours de l'hystérectomie, on fera toujours ouvrir immédiatement la pièce opératoire, pour totaliser l'opération s'il y avait le moindre doute d'existence d'un néo.

Tous ces moyens ne sont pas toujours fidèles et les réponses négatives peuvent être des défaillances de ces méthodes. Il faudra donc, pour obtenir la plus grande précision possible de diagnostic, conjuguer et

répéter ces divers moyens. Cette prophylaxie permettra peut-être ainsi de faire disparaître les 35 % de cancers précoces.

Autres Moyens

1° Certains auteurs, fidèles à la subtotale, préconisent diverses techniques tendant à éviter la cancérisation du moignon cervical tout en conservant celle-ci :

Richard propose la destruction de la muqueuse endo-cervicale au thermo-cautère, Forsati au bistouri.

Desmarets, de Rouville appliquent l'évidement systématique du col, conservant une simple coque externe.

Chaput préconise l'ablation du revêtement muqueux du col selon sa propre technique.

Ces techniques ne sont pas d'une efficacité certaine : trois observations dans lesquelles l'évidement n'a pas évité le C. C. R. ont déjà été publiées (Ferry, Lefebvre et Gouzi).

2° D'autres auteurs, pensant que les lésions inflammatoires du col jouaient quelques rôles dans la cancérisation du moignon, ont voulu les traiter : pansements, cautérisations, électro-coagulation.

3° Yoanovitch a pensé prévenir le C. C. R. en appliquant aussitôt après l'opération du radium précervical.

4° L'hystérectomie totale, en enlevant complètement l'organe susceptible de se dégénérer ultérieure-

ment, nous apparaît comme le seul moyen préventif absolument efficace, mais cette opération est difficile et grave par elle-même. « Qui de nous, dit J.-L. Faure, décidé à faire une totale, n'a pas, devant les difficultés, terminé plus d'une fois par une subtotale pour ne pas faire courir trop grand risque à sa malade ? »

La conduite à tenir sera donc dictée par ce grand principe qu'il faut adapter en chirurgie sa technique aux circonstances :

La TOTALE sera nécessaire dans le cancer du corps seul ou coexistant avec un fibrome, surtout si dans ce dernier cas au moment de la ménopause le col est métritique ou ulcéré.

La SUBTOTALE sera réservée aux femmes jeunes pour lesquelles le risque de cancérisation est à plus longue échéance.

Après toute hystérectomie la malade devra être surveillée rigoureusement pendant dix-huit mois au moins, d'abord tous les mois pendant la première année, puis tous les ans ensuite ou au moindre symptôme pathologique.

Etude Thérapeutique

Les moyens mis à notre disposition pour traiter le cancer du col restant sont nombreux. Ils s'adressent à la chirurgie, à la radiothérapie, à la curiethérapie employées d'une façon isolée ou combinée.

Chirurgie

1° Colpo-cervicectomie simple vaginale ou abdominale, c'est l'ablation simple du col par voie vaginale ou abdominale, opération peu choquante, rapide, mais très incomplète;

2° Opération de Wertheim: colpo-cervicectomie élargie, souvent difficile à réaliser et incomplète.

Wertheim, sur huit opérées, donne quatre guérisons après cinq ans.

Ces deux modes d'opération représentent de grosses difficultés, car le plus grand nombre des cas qui, comme nous l'avons vu, ont une évolution très rapide, sont pratiquement inextirpables, « l'opération toujours incomplète, toujours difficile, toujours grave est plus néfaste qu'utile ».

Agents physiques

1° Radiothérapie : bon moyen complémentaire employé parfois seul à titre palliatif :

2° Curiethérapie : le meilleur moyen, mais souvent d'application correcte difficile en raison des modifications des différents éléments anatomiques de ce nouveau petit bassin et surtout en raison des altérations de ceux-ci et de la proximité de la vessie et de l'intestin.

La difficulté, la gravité de ces différents moyens employés seuls, ont fait rechercher leur association et c'est ainsi que l'on pratique :

- a) Curiethérapie et colpo-cervicectomie : Cinq à six semaines de radium puis l'opération ;
- b) Curiethérapie et évidement ganglionnaire ;
- c) Electro-coagulation du col et curiethérapie d'après la méthode du professeur Mocquot.

Malgré la multiplicité de ces traitements et leur combinaison, les résultats obtenus sont peu encourageants car ce cancer est grave. La meilleure technique à employer semble-t-il serait la curiethérapie et la radiothérapie seules ou associées. La chirurgie est à déconseiller.

Tous nos efforts porteront donc à prévenir cette complication si redoutable par les moyens prophylactiques envisagés dans le chapitre précédent.

Conclusions

1° Depuis quelques années, le cancer du col restant semble devenir plus important, comme en témoignent les différentes publications et thèses récentes (950 cas actuellement publiés), dont plus de 500 depuis la statistique de Séjournet en 1935.

Par rapport aux cancers ordinaires du col, sa fréquence est de 2,62 %.

Par rapport au nombre d'hystérectomies subtotaux, elle varie de 0,5 à 2 %.

23 à 40 % des cancers restants sont des cancers précoces se développant dans l'année suivant l'intervention.

Dans les affections ayant nécessité l'hystérectomie subtotale, le fibrome représente les deux tiers de celles-ci.

2° Des multiples pathogénies invoquées, aucune ne nous a paru à retenir spécialement. Cependant, nous avons constaté la coïncidence bien troublante dans les antécédents de deux de nos malades du cancer et de la tuberculose. .

3° L'étude anatomo-pathologique et clinique ne présente aucune particularité intéressante. L'histologie ne peut trancher la question du point de départ du C. C. R.

4° La meilleure prophylaxie consiste à prévenir le développement des cancers précoces qui, le plus sou-

vent, préexistent à l'opération, par un diagnostic précis aidé par la clinique et les examens préopératoires minutieux envisagés.

Pour les cancers tardifs, l'hystérectomie totale est seule radicale, mais sa mortalité supplémentaire est nettement supérieure à la fréquence du col restant.

5° Le traitement du C. C. R. est délicat. L'association radium et rayons X est seule à conseiller.

6° Les résultats obtenus ne sont pas encourageants. Le cancer du moignon est un mauvais cancer par sa propagation rapide et la difficulté que l'on a à appliquer un traitement, due aux modifications anatomiques entraînées par la subtotal.

En définitive, nous pouvons conclure en disant que la fréquence des cancers développés sur les moignons de col restant après hystérectomie subtotal ne commande pas de pratiquer d'une façon systématique l'hystérectomie totale dans tous les cas d'exérèse des organes génitaux internes de la femme. Quand une hystérectomie subtotal trouve son indication certaine, ce n'est pas malgré tout la pensée de la cancérisation du moignon qui peut modifier notre conduite à tenir.

Vu :
Nancy, le 13 décembre 1939.
Le Président de Thèse :
FROELICH.

Vu et approuvé :
Nancy, le 16 décembre 1939,
Le Doyen de la Faculté de Médecine,
SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 19 décembre 1939,
Le Recteur de l'Académie :
L. BRUNTZ.
Président du Conseil de l'Université.

Bibliographie

- AHUCHANA. — Sur le cancer et la cancérisation du moignon cervical (*La Prensa Méd. Argentina*, 30 août 1925).
- ARNOULD. — Réflexions sur le cancer du col restant (Serv. d'Obst. et de Gyn. de Marseille, 11 avril 1934).
- P. BANSE. — Le cancer du col restant après hystérectomie subtotale (*Thèse de Paris*, 1938).
- G. BONNAL. — Vingt et un cas de cancers sur col restant (années 1933, 1934 et 1935 au Centre anticancéreux de Marseille; séance du 29 juin 1936, in: *Bull. et Mém. de la Sté de Chir. de Marseille*, t. 10, n° 6, juin 1936).
- De la fréquence du cancer sur col restant (*Le Sud Méd. et Chir.*, 2.191, 15 mai 1937).
- De la fréquence du cancer du col restant (6^e Congr. franç. de Gynécol. et d'Obst., décembre 1937, p. 868).
- BOUILLY. — Congrès de Chirurgie de Paris, 1899.
- BRANSCOMB. — *American Journ. of. Obst. a Gyn.*, T. XX, n° 3, juillet 1930, pages 66-69).
- C. BULÈRE. — A propos du cancer développé sur moignon du col restant après hystérectomie (*Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1935, page 372).
- CHAPUT. — La subtotale hâte l'apparition du cancer (Soc. de Chir. de Paris, 1910).

- A. CHNECO. — Dégénération maligna del cuello uterino en histerectomias subtotales operadas por via alta y revperadas par via vaginal (*Semana Méd.* 2: 1.448-1.450, 6 nov. 1930).
- J. CHOSSON et P. CÉRATI. — Cancers du col restant à développement très tardif (Sté de Chir. de Marseille; See de décembre 1932, in: *Marseille Méd.*, n° 4, 5 février 1933).
- CHOSSON. — Cancer du col restant (XLI^e Cong. Assoc. Chir., 3-8 oct. 1932, in *Presse Méd.*, n° 84, 19 oct. 1932).
- CHROBAK. — *Monatschr. fur. geburtsh. u. gynsk* 3, p. 117, 1896).
- CONDAMIN. — *Bull. de la Sté de Chir. de Lyon*, 27 déc. 1900).
- T. CURELÉANO. — Cancérisation du col utérin restant après hystérectomie subtotale pour fibrome; extirpation; guérison datant de cinq ans (Sté de Gynéc. et d'Obst. de Bucarest, mars 1937, in: *Rev. frana de Gynec et d'Obst.*, n° 7, juillet 1937).
- DESMAREST. — Procédé pour l'ablation systématique de toute la muqueuse du canal cervical par dédoublement du col dans les hystérectomies abdominales (*Jour. Chir.*, 1927, n° 1, page 409).
- R. DIEULAFÉ. — Les récidives du cancer du col utérin (*Toulouse Méd.*, n° 6, 16 mars 1938).
- J. DOR. — Le cancer du col restant (*Marseille Méd.*, n° 32, 15 nov. 1932).
- Le cancer du col restant (à propos de 19 observations) (*Marseille Méd.*, n° 33, 25 nov. 1932).
- Cancers du col restant (Sté de Chir. de Marseille; See du 6 juillet 1936, in: *Bull.* n° 7, juillet 1936).
- DOUAY. — Soc. d'Obst. et Gyn., 1928, T. II.
- J. DUCUING, F. NÈGRE et J. GOUZI. — Des cancers du col restant au Centre régional anticancéreux de Toulouse (*La Science Méd. Pratique*, 17^e année, juin 1937, n° 6, page 116).
- FAURE. — Soc. de Chir. de Paris, 1904, 1905, 1921.

- J.-L. FAURE. — Hystérectomie totale ou subtotale (*La Presse Méd.*, 14 janvier 1933, p. 65).
- F. FERRARI. — Le cancer du moignon cervical après hystérectomie subtotale (6^e Congrès franç. de Gynec., Toulouse, 15-18 mai 1937, in: *Revue franç. de Gynécologie et d'Obst.*, décembre 1937, p. 965).
- FERRARI. — Le cancer du moignon cervical après hystérectomie subtotale (*Algérie Chir.*, juin 1937).
- G. FERRY. — L'épithélioma du col restant après hystérectomie subtotale pour fibrome (*Strasbourg Méd.*, 90: 411-414, 25 juin 1930).
- FLEIXHMANN. — *Bull. de la Sté d'Obst. et Gyn. de Vienne*, 1899.
- FRANK. — Cancer du moignon cervical (*Surg. gyn. and obst. syst.*, 1933, page 334).
- E. GASNE. — Cancer du col utérin développé sur le moignon d'une hystérectomie subtotale pour fibrome (*La Consultation*, n° 48, déc. 1932, janvier 1933, page 235).
- GREY TURNER. — A case of cancer of the cervix after supra vaginal hystérectomy for fibroid (*Brit. Méd. Journal*, 1909).
- HALLER. — Cancer du col restant (*Bull. Soc. des Chir. de Paris*, 1927 (page 717)).
- HARTMANN. — *Soc. de Chirurgie de Paris*, 16 février 1910.
- JEANNENEY. — Cancer du col restant (*Revue franç. de Gyn. et Obst.*, mai 1929, pages 273-282).
- JEANNENEY et CHAVANNIAZ. — *Bull. Soc. de Chir. de Paris*, 1926.
- LABEY. — Traitement chirurgical des fibromes (Congrès franç. de Chir., Paris 1924).
- S. LABORDE et ROQUES. — Cancer du col restant (*Bull. Assoc. franç.*, Etude du cancer, 1927, page 828).
- E. O. A. développé au niv. du col après hyst. subt. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris*, 1928, page 123).

- CH. LEFEBVRE et J. GOUZI. — Le cancer du col restant (*Revue franç. de Gynéc. et d'Obst.*, n° 4, avril 1937).
- Le cancer du col restant (6^e Congrès franç. de Gyn., Toulouse, 15-18 mai 1937, in: *La Presse Méd.*, 57, 17 juillet 1937).
- Le cancer du col restant après hystérectomie (*La Gynécologie*, novembre 1937).
- LÉVITTE. — Les cancers développés sur le col restant après hystérectomie subtotale (*Thèse de Lyon*, 1936-1937).
- J. MASSON. — Hystérectomie totale ou subtotale (*Ann. J. d'obst. and. Gyn.*, 1927, vol. 14, page 486).
- MAYO. — Carcinome du moignon cervical après hystérectomie subtotale (*Ann. of Surgery*, n° 6, juin 1931, page 1.215).
- MEVEL. — Cancer du col restant après hyst. subt. (*Thèse de Bordeaux*, 1931).
- M. MOIROUD. — Cancer du col restant, intervalle libre de sept ans (*Bull. et Mém. de la Sté de Chir. de Marseille*, t. II, n° 4, avril 1937, p. 194, See du 12 avril 1937).
- MOLFINO et BOERO. — Cancer du moignon du col utérin. Sa prophylaxie (*Semana Méd.*, n° 22, XXXIX, 2 juin 1932).
- R. MONOD. — La cancérisation du col après hystérectomie subtotale (*Bruxelles Méd.*, 3 août 1930, page 1.087).
- Cancer inopérable du col restant avec névralgies pelviennes. Résection du plexus hypogastrique supérieur (opération de Cotte) (résultat positif) (*Bull. et Mém. de la Sté nat. de Chir.*, n° 14, 15 avril 1933, t. LIX).
- M. NIELSEN. — Carcinoma of cervical stump after supravaginal amputation (*Acta Obst. et Gynec. Scandinave* 17: 295-306, 1937).
- R. NOSTI. — Cancer du col restant (*Ann. de Cir. Rosario*, vol. 2, n° 4, nov. 1936).

- PHANEUF. — Cancer du moignon du col (*Amer. J. of Surgery*, sept. 1935).
- C.-R. PINSAN. — La cancérisation du col après hystérectomie subtotale (*Strasbourg Méd.*, 25 juil. 1930, page 460).
- La question de la cancérisation du moignon cervical après hystérectomie subtotale (*Strasbourg Méd.*, 25 octobre 1930, page 653).
- E. POLLOSSON. — A propos de l'épithélioma du col restant après hystérectomie subtotale (*Lyon Chir.* 27: 697-702, sept.-oct. 1930).
- O. PRESTINI. — Cancérizazion del munon cervical (*Semana Méd.* 2: 736-739, 15 sept. 1932).
- G. RENON. — L'hystérectomie vaginale dans le cancer du corps utérin (*Le Répertoire Méd. prat.*, n° 129, nov. 1927).
- REYNÈS. — Sur l'hystérectomie totale ou subtotale (*Sté Chir. de Marseille*, 23 mars 1925).
- DE ROUVILLE. — Evidement systématique du col (*Montpellier Méd.*, 1919, p. 287).
- SÉJOURNET. — Cancer du col restant après hystérectomie subtotale (*Bull. et Mém. de la Sté de Chir. de Paris*, 20 déc. 1935, 27: 599-611).
- M. SÉJOURNET. — Discussion sur le cancer du col restant. Conclusion (*Sté d'Obst. et de Gynéc.*, séance du 2 déc. 1935, in: *La Gynéc. et la Semaine des Praticiens réunis*, avril 1936).
- P. SÉJOURNET. — Cancer du col restant après hystérectomie subtotale (*Sté d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, See du 1^{er} avril 1935, in: *La Gynécologie*, 160-162, mars 1936).
- J. SENÉQUE. — Le cancer du col restant après l'hystérectomie subtotale (*Presse Méd.* 39: 1.048-.050, 11 juillet 1931).
- SHARPLES. — Carcinoma of cervical stump following partial hysterectomy (*North West M.*, 1927, p. 77).
- SIMON. — Traitement des cancers de l'utérus (*Thèse de Paris*, 1936).

- STEIN. — A propos de deux cas de cancer du col après hystérectomie (*Sun J. of Surg.*, oct. 1928).
- SUSSY. — Etude sur la coexistence du cancer du col et du fibrome utérin (*Thèse* de Nancy, 1935).
- M.-L. TRESTON. — Carcinoma occuring in stump of cervix uteri 20 years after sub-total hystérectomy (*Tr. South S. A.*, 1929, 42: 79-82 1930).
- WIART. — Le cancer du col après hystérectomie (Soc. Chir. Paris, 30 avril 1919).
- G. ZAMPA. — L'épithélioma del moncone utérino dopo l'istectomia subtotale per fibromioma (*Policlinico sez Chir.* 37: 457-458, septembre 1930).
-

Table des Matières

AVANT-PROPOS	9
INTRODUCTION	11
HISTORIQUE	13
OBSERVATIONS	15
ETIOLOGIE	19
ETUDE PATHOGENIQUE	23
ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE	27
ETUDE CLINIQUE	31
ETUDE PROPHYLACTIQUE	33
ETUDE THERAPEUTIQUE	37
CONCLUSIONS	39
BIBLIOGRAPHIE	41



Table des Matières

IMPRIMERIE
NANCÉIENNE

